

# Вісник стоматології

Науково-практичний журнал

5

*Одеса • 2001*

Вестник стоматологии

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

# ВІСНИК СТОМАТОЛОГІЇ

Науково-практичний рецензований журнал № 5 (29) 2000

•Заснований у грудні 1994 року

«Виходить щоквартально»

•НВА "Одеська біотехнологія"

## Редакційна колегія

Головний редактор **К. М. Косенко**,  
Голова редакційної ради **М. Ф. Данилевський**, Науковий редактор **А. П. Левицький**,  
Відповідальний секретар **Т. В. Капрельянц**

## Члени колегії

**О. М. Воскресенський**  
**Р. Г. Синицін**  
**О. І. Сукманський**

## Редакційна рада

**А. Б. Борисенко (Київ)**  
**В. С. Бурдейний (Одеса)**  
**Г. М. Вишняк (Київ)**  
**М. Ф. Данилевський (Київ)**  
**Є. Н. Дичко (Дніпропетровськ)**  
**Б. І. Куцевляк (Харків)**  
**Є. Б. Ковальов (Полтава)**  
**І. І. Люля (Вінниця)**  
**Б. О. Маланчук (Київ)**  
**О. Є. Малевич (Дніпропетровськ)**  
**І. С. Мащенко (Дніпропетровськ)**  
**Б. П. Неспрядько (Київ)**  
**О. Б. Павленко (Київ)**  
**М. С. Скрипніков (Полтава)**  
**Т. П. Скрипнікова (Полтава)**  
**Н. І. Смоляр (Львів)**  
**М. М. Угрин (Львів)**  
**Ю. А. Федоров (С.-Петербург)**  
**П. С. Фліс (Київ)**  
**Л. В. Харьков (Київ)**  
**Л. О. Хоменко (Київ)**  
**О. О. Челяпін (Харків)**

## Засновники журналу

*Інститут стоматології АМНУ*  
*Асоціація стоматологів України*  
*Одеська обласна клінічна стоматологічна поліклініка*

Журнал зареєстровано 7 грудня 1994 року,  
свідоцтво: серія КВ, №1110

## Мова видання

українська та російська

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт (*Бюлетень ВАК України, 1999, №4*)

## Адреса редакції

65026, Одеса, вул. Рішельєвська, 11  
тел./факс 22-80-49.  
Інститут стоматології АМН України

## Передплатний індекс 74108

E-mail: [vesnik@far1ep.net](mailto:vesnik@far1ep.net)

Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради ОНДІС від 24.10.2000 р.

Підписано до друку 03.11.2000. Формат 60x84/8. Папір офсетний. Гарнітура Arial. Ум. друк, арк.26,97. Обл.-вид.арк 34,19. Тираж 300 прим. Зам. № 839. Надруковано з потового оригінал-макету. Друкарня видавництва "Астропринт-Г".  
65026, м. Одеса, вул. Преображенська, 24  
Тел. (0482) 26-98-82, 26-96-82.  
[www.astrosrintodessa.ua](http://www.astrosrintodessa.ua) Одеса \* Інститут стоматології • 2000

Науково-практичне видання **ВІСНИК СТОМАТОЛОГІЇ** Науково-практичний рецензований журнал  
**№5(29) 2000**

© НВА "Одеська біотехнологія", 2000

**П.М. Скрипніков, канд, мед. наук**Українська медична стоматологічна академія,  
м. Полтава**КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ**

Підвищення вимог до якості пломбування кореневих каналів, збільшення обсягу ендодонтичних втручань у зв'язку з великим відсотком ускладнень карієсу, плановим депульпуванням зубів, викликало необхідність деталізованого вивчення будови коренів зубів, каналів, варіантів їх розвитку [1].

У 1925 році Hess W., Zürcher E. [5] поклали основу анатомії кореневих каналів, представивши їх як складну систему. Потім Burch J., Hullen S. [4] описали 8 типів кореневих каналів, які можуть зустрічатись в одному корені. Пізніше Коєн С., Берне Р. [2] визначили типи кореневих каналів в залежності від належності зуба до верхньої чи нижньої щелепи, до однокоренових чи багатокореневих зубів.

Ю. Вінніченко (1990) класифікував кореневі канали по куту вигину та співставляв цей параметр з можливістю інструментальної обробки. Ендодонтичні аспекти морфології зубів, загальні питання анатомії кореневих каналів наведені Петрикас А., Овсепян А. [3].

Нами запропонована клінічна класифікація кореневих каналів, згідно якої вони розподіляються на інтактні (первинні) і порушені (вторинні).

Під інтактними кореневими каналами розуміються такі, що не змінені патологічними процесами або невдалими маніпуляціями лікаря, і вони первинно препаруються у зв'язку з лікуванням хірургічним екстирпаційним методом пульпіту, при лікуванні періодонтиту, при плановому депульпуванні з'являються.

Порушені канали визначаються при наявності таких чинників як їх облітерація, внутрішня і зовнішня резорбція, тобто бувшим або наявним у теперішній час патологічним процесом, а також раніше виконаними ендодонтичними втручаннями. У випадку їх невдачі можливі латеральні та апікальні перфорації, створення уступів, блокування каналу, поломка інструментарію, неповноцінне пломбування, зміна їх форми в результаті препаровки, перелом кореня та інші.

Ці клінічні розподіли кореневих каналів визначають вибір метода лікування, його ефективність, вид гарантування.

**Список літератури**

1. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. - М., 1999. - 175 с.
2. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия. - Санкт-Петербург, 1987. - 691 с.
3. Петрикас АЖ, Овсепян А.П. Общие вопросы анатомии корневых каналов // ДентАрт. - 1997. - № 4. - С. 20-24.
4. Burch J., Hullen S. A study of the presence of accessory foramina and topography of molar furcations // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. - 1974. - V. 38. - S. 451-455.
5. Hess W., Lurcher E. The anatomy of the root canals of the teeth of the permanent and deciduous dentitions. - New York: William Wood & Co., 1925. - 117 p.

Надійшла 30.06.2000

Адреса для листування: 36000, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, УМСА, каф. післядипломної освіти лікарів-стоматологів.

© П.М. Скрипніков

**Т.П. Скрипнікова, д-р мед. наук, Т.А. Хміль**Українська медична стоматологічна академія,  
м. Полтава**СПОСІБ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

Проблема розробки нових ефективних методів патогенетичного лікування генералізованого пародонтиту залишається найбільш актуальною на сучасному етапі. Це пояснюється не тільки значною захворюваністю, але складністю підбору ліків у зв'язку з різноманітністю етіологічних і патогенетичних чинників.

Нами розроблено і впроваджено у практику спосіб лікування генералізованого пародонтиту, який передбачає використання у комплексній терапії на фоні загальноприйнятих методів лікування в якості протизапального і стимулюючого засобу вітчизняного пептидного препарату "Вермілат".

Препарат "Вермілат" являється комплексом природних пептидів з молекулярною масою до 10 кДа, отриманих з кільчатих черв'яків (патент України № 5743). Вермілат володіє вираженою антиальтеративною, протиексадитивною, антиоксидантною, репаративною, колагенопротекторною дією, стимулює утворення сполучної тканини, не викликає місцевого подразнення та алергічної дії. Механізм дії препарату обумовлено взаємодією сильнорозчинних пептидів з компонентами сполучної тканини і фібробластами [1-3].

Спосіб комплексного лікування пародонтиту виконують наступним чином: на початку визначають ступінь захворювання тканин пародонту, в залежності від чого проводять лікування, що включає санацію ротової порожнини (по показанням), видалення зубних відкладень, усунення пунктів травматичної оклюзії, зрощення порожнини рота розчином антисептиків, призначають внутрішню полівітаміну і десенсебілізуючі засоби. Після чого підсушують слизову оболонку ясен і наносять гель вермілату за допомогою шприца на ясна, міжзубні сосочки. Прикривши ватним тампоном оброблені поверхні, гель лишають на 20-30 хвилин. Додатково вводять внутрішньом'язові ін'єкції 0,75% водного розчину вермілату по 2 мл щоденно протягом 10 днів.

Пропонований спосіб був застосований у лікуванні 46 хворих генералізованим пародонтитом I і II ступеню. ідентична група хворих з 15 пацієнтів, у лікуванні яких використана традиційна комплексна терапія генералізованого пародонтиту препаратом "Екстракт алое", була групою порівняння.

Після проведеного комплексного лікування пародонтиту даним способом у більшості хворих через 2-3 дня від початку застосування вермілату зменшувались запальні явища, зникав неприємний запах з роти, зменшувались пародонтальні кишені, кровоточивість ясен, затирав біль. Віддалені результати простежено від 2 місяців до 1 року. Через 6 місяців на рентгенограмах відмічалось ущільнення кортикальної пластинки, країв міжальвеолярних перегородок, зменшення вогнищ остеопорозу. Стабілізація патологічного процесу через 1 рік відмічена у 80% хворих пародонтитом.

Відмічено, що препарат "Вермілат", який шляхом зниження активності колагенлізу, пониження у сироватці крові рівня оксипроліну, нормалізації співвідношення кислотої і лужної фосфатази, реалізує свій корегуючий вплив на метаболізм сполучної тканини, надає позитивний терапевтичний ефект на стан тканин пародонту.

© Т.П. Скрипнікова, Т.А. Хміль